ÖGK _____

A | B BVA-EB

☐ BVAEB-OEB

☐ SVS-GW

☐ SVS-LW

☐

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

_____/___/___/___/

Anschrift

Familienname(n) Vorname(n) Versicherungsnummer

(nur auszufüllen, wenn Patient ein/e Angehörige/r ist) _____/___/___/___/

Taxe

Gültig: **1 Monat ab Verordnung** Datum:

Species expectorales II

Rad. Primulae (Primelwurzel)..... 30
Flos. Verbasci (Königskerzenblüte) 10
Fruct. Anisi (Anis)……..…….. 20
Hb. Serpylli (Quendelkraut)…….... 40

M.D.S: **Schleimlösender Hustentee**

Rezeptgebühr

Anzahl_____

phytotherapie.at phytotherapie.at phytotherapie.at

Stempel der Apotheke

Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

Arztstempel bei Rezeptgebührenbefreiung